

Курек В.В., Никифоров А.Н.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ
ПРОВОДИМОЙ ИНТЕНСИВНОЙ
ТЕРАПИИ**

/ Минск /

Роль бактериальной инфекции и септических осложнений, как причины госпитальной послеоперационной летальности у детей остается доминирующей. Однако выявление послеоперационных гнойных осложнений, требующих хирургической санации, нередко затруднительно ввиду проводимой активной интенсивной терапии, которая «затушевывает» классическую картину их проявлений. Целью данного исследования явилось выявление ранних гомеостатических отклонений, характерных для осложненного течения послеоперационного периода у детей с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проведено обследование 64 детей в возрасте 1-14 лет, поступавших в Центр детской хирургии в связи с разлитым гнойным перитонитом на почве деструктивных форм острого аппендицита (n=59), закрытой травмой брюшной полости (n=4) и острым панкреатитом (n=1). Все больные были оперированы.

У 18 детей отмечено благоприятное течение (контрольная группа), а 46 больных (исследуемая группа) были оперированы повторно в связи с осложненным течением послеоперационного периода (продолжающийся перитонит, абсцесс брюшной полости, культиты, ранняя спаечная кишечная непроходимость). У детей обеих групп в течение 3-5 суток после первой операции проведено изучение клинических, биохимических, рентгенологических данных, состояние гемодинамики и транспорта кислорода; осуществлен анализ проводившейся интенсивной терапии. Результаты сравнивались между группами больных.

Результаты и их обсуждение. За 12-24 часа до повторной операции в исследуемой группе наблюдались ряд достоверных системных нарушений, не имевших в контрольной группе больных: 1) нарушения кровообращения по варианту патологической гипердинамии; 2) нарушения регионального кровообращения (симптом «бледного пятна» больше 2 секунд, снижение диуреза менее 1 мл/кг час, увеличение ректально-кожного температурного градиента более 10^0C); 3) органный дисфункция (тахипноэ, парез кишечника); 4) метаболические расстройства (гипергликемия менее 6 ммоль/л, респираторный алкалоз, гиперазотемия более 8 ммоль/л; 5) повышение температуры тела более 38^0C ; 6) лейкоцитоз более $15 \cdot 10^9/\text{л}$. Состояние системы транспорта кислорода характеризовалось достоверным снижением кислородной емкости крови и эффективности транспорта.

У детей исследуемой группы существенно возрастали «цены» корригирующей терапии: объем инфузионных сред увеличился на 25-30% ввиду необходимости стабилизации гемодинамики, диуреза и купирования симптомов изотонической дегидратации; возросла потребность в калии, оксигенотерапии, белково-коллоидных препаратах; у 8 больных потребовалось назначение допамина. У всех больных выявлены показания к назначению седативных препаратов и анальгетиков. У большинства появлялось «застойное» желудочное содержимое, что требовало постановки назогастрального зонда.

Приведенные клинические данные соответствовали ранним проявлениям системного воспалительного ответа на неконтролируемую гнойную инфекцию. Данная симптоматика не укладывалась в «стресс-норму» благополучного течения послеоперационного периода.

Выводы. Выявление указанных нарушений и рост терапевтических цен по поддержанию констант гомеостаза имело исключительное значение для своевременной диагностики послеоперационных осложнений и переориентации лечебных мероприятий.